SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 10 y 11 minutos)

La Comisión de Salud Pública integrada con la de Hacienda del Senado, tiene el gusto de recibir en la mañana de hoy a la señora Ministra de Salud Pública, doctora María Julia Muñoz, al señor Ministro de Economía y Finanzas, contador Danilo Astori, y a sus respectivos asesores, a los efectos de comenzar el tratamiento del proyecto de ley del Sistema Nacional Integrado de Salud, que fuera remitido por el Poder Ejecutivo y que se encuentra a estudio de estas Comisiones.

Además de darles la bienvenida a los señores Ministros, Subsecretarios y asesores, señalamos que ya tenemos quórum, por lo que cedemos el uso de la palabra a la señora Ministra de Salud Pública, doctora María Julia Muñoz, a fin de que exponga sobre el proyecto de ley.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PUBLICA.- A continuación, vamos a hacer un resumen sucinto del proyecto de ley enviado al Parlamento, sobre el cual hemos trabajado en forma conjunta con el Ministerio de Economía y Finanzas.

Dentro de las disposiciones generales del proyecto de ley del Sistema Nacional Integrado de Salud mantenemos la propuesta que ya habíamos realizado en oportunidad del Presupuesto quinquenal. Señalamos, como objetivo fundamental, la garantía del derecho a la protección de la salud de todos los habitantes residentes en el Uruguay, para lo que se articularán los prestadores públicos y privados en un sistema que será integrado y tendrá los siguientes principios rectores. Fundamentalmente, garantizará la cobertura universal, entendiendo por tal la cobertura formal de todos los habitantes del país, o sea, con pertenencia a instituciones de salud pública o privada, garantizando en el tiempo la sensibilidad y sustentabilidad de la propuesta, en especial la promoción y prevención de la salud con una concepción integral. Se propone respetar los derechos de los usuarios manejando los conceptos de eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales incorporando, como elemento fundamental para el desarrollo de los servicios prestadores de salud, la participación de trabajadores y usuarios en el control social de la gestión de los sectores que se dediquen a prestar estos servicios.

En el proyecto de ley se sintetizan las competencias del Ministerio de Salud Pública, aquellas que le otorga la Ley Nº 9.202, de enero de 1934, y otras disposiciones que le son aplicables. Dentro de las competencias, rescatamos y resaltamos la aprobación de políticas y normas para ejercer el contralor de los servicios de salud, el registro y la habilitación de los servicios, la fiscalización de la articulación entre los prestadores de servicios de salud, la aprobación de los programas de prestaciones integrales a la salud de las personas, la instrumentación de un sistema nacional de información y vigilancia de salud para el país, el diseño de las políticas de promoción y también la competencia insoslayable de la promoción de la investigación científica en salud.

En el proyecto de ley se describe cuáles son las instituciones que conformarán el Sistema Nacional Integrado de Salud, que se compone con los servicios de salud a cargo de personas jurídicas públicas. El artículo 264 de la Ley de Presupuesto Nº 17.930, de 19 de diciembre de 2005, detalla cuáles son como, por ejemplo, las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), las de asistencia privada particular sin fines de lucro y los seguros integrales que se presenten dando salud integral, o sea, que tengan la posibilidad de coordinar con otras instituciones que sean prestadores integrales de salud.

Los requisitos para la integración del Sistema son los que actualmente tienen las instituciones para la habilitación y registro en el Ministerio de Salud Pública y estarán, también, bajo los controles técnicos de dicha Secretaría de Estado.

A los efectos de la administración del Sistema, se propone la creación de una Junta Nacional -como un servicio descentralizado- para su planificación, organización y dirección del funcionamiento, de acuerdo con las políticas y las normas que dicte el Ministerio de Salud Pública.

La Junta Nacional también tiene como cometido garantizar el cumplimiento de los principios rectores y objetivos del sistema, así como promover la adopción de medidas que contribuyan al estado de salud, es decir, a la calidad de vida de los habitantes del país.

Proponemos que la Dirección de la Junta Nacional esté compuesta por siete miembros: cuatro de ellos representarán al Poder Ejecutivo, dos de los cuales serán a propuesta del Ministerio de Salud Pública, uno del Ministerio de Economía y Finanzas y otro del Banco de Seguridad Social; otro representará a los prestadores de servicios de salud; otro a los trabajadores y otro a los usuarios. Esto está pensando como manera de democratizar el sector y también de contar con la sensibilidad de los aportes de sectores que hacen mucho a la prestación y a la calidad de los servicios de salud.

El Sistema, como el nombre lo indica, se integrará tratando de fortalecer una red de atención a la salud, organizada en base a niveles de atención y de acuerdo con el nivel de complejidad de las prestaciones en salud que realicen las distintas instituciones. Por lo tanto, la Junta Nacional, de acuerdo con las normas que dicte el Ministerio de Salud Pública, establecerá y asegurará los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención para lograr una mejor calidad, centrada, fundamentalmente, en el usuario. Aclaro que estamos hablando, en todos los casos, desde el punto de vista del que recibe los servicios.

La estrategia de la atención primaria en salud está pensada como una prioridad, como una necesidad de cambiar el modelo de atención en nuestro país. Por esa razón, hacemos hincapié particular en el primer nivel de atención, que también es una de las importantes tareas a la que es necesario abocarse para la construcción de una red que brinde calidad en los servicios a todos los habitantes. Para poner énfasis en el primer nivel de atención, esta red deberá tener una importante base territorial de atención a la salud, conformada por las distintas instituciones que integran el Sistema, coordinada en forma regular y permanente dentro de los límites territoriales y articulada con todos los servicios e instituciones de carácter social que existan en la zona.

En el Capítulo IV se habla de los contratos entre los prestadores. Los prestadores podrán hacer contratos entre sí y con terceros; el Ministerio de Salud Pública los habilitará y la Junta Nacional controlará la relación entre ellos, así como la habilitación, que tengan capacidad asistencial, relación entre el volumen de las prestaciones a contratar y el número de usuarios, etcétera. En suma, se controlarán todas las condiciones que mejoren los servicios que se presten.

La Junta Nacional también "verificará que las entidades contratantes no mantengan deudas atrasadas con las que pretenden contratar, en cuyo caso deberán cancelarlas o refinanciarlas antes de la firma de un nuevo contrato". O sea que la Junta Nacional velará por la salud económica de las instituciones que brinden servicios de salud. Los contratos entre los prestadores serán registrados y cuando la Junta Nacional los homologue, se comenzará a trabajar con ellos.

Asimismo, se establece la incompatibilidad entre el ejercicio de la dirección y el gerenciamiento de entidades que integran el Sistema con la provisión de servicios demandados por éstas.

En el Capítulo V se habla de la cobertura de atención médica y de cómo se establecen los programas integrales de prestaciones, que deberán ser aprobados por el Ministerio de Salud Pública, y ofrecerse a los usuarios de los servicios de salud integrantes del Sistema.

Debemos señalar que desde hace dos años venimos trabajando en los Programas Integrales de Prestaciones, en el marco del Consejo Consultivo de Salud. En estos programas se trabaja con la participación activa de trabajadores, usuarios e instituciones que prestan servicios de salud. Podemos señalar que ya hemos aprobado el Programa de Salud Materno Infantil, que será aplicado por todas las instituciones del país, tanto públicas como privadas.

Las prestaciones incluidas en el Sistema se definirán taxativamente, serán descritas en términos de sus componentes, y tendrán indicadores de calidad de procesos y resultados.

Como señalaba, hemos venido avanzando en lo que tiene que ver con los indicadores de calidad de la atención y con el Programa de Salud Materno Infantil. Cuando decimos que el Sistema Nacional de Salud ha comenzado, nos referimos a que se ha iniciado la regulación de las prestaciones y el trabajo colectivo para definir los programas. Además, existe la voluntad explícita de instituciones que han firmado convenios de trabajo colectivo, interactuando el sector público y privado en distintos puntos del país. Esto muestra que en el Uruguay se está realizando una experiencia de trabajo de cara al futuro Sistema.

En el Capítulo VI se caracterizan los usuarios del Sistema, que son todos los residentes en el territorio nacional. No se podrán rechazar ni limitar las prestaciones a ningún beneficiario. Otro aspecto importante en defensa de los derechos de los usuarios, es consagrar la libre elección del prestador por parte del usuario, pudiendo modificarla periódicamente según la reglamentación. Esto último está dirigido a las instituciones, que han pedido un período para la planificación de sus actividades y de sus servicios. Se ha pensado en un lapso de dos o tres años para que la persona, fundadamente, pueda cambiar; pero, de alguna manera, el cambio cotidiano asusta a las instituciones. Nosotros pensamos que hay una gran adhesión y una gran cultura de pertenencia institucional, pero es una puerta que queda abierta a los efectos de que las instituciones tengan un mecanismo de planificación, conociendo el número de usuarios que le pertenecen.

El Capítulo VI también recoge los derechos de los usuarios, entre los que enumera la información completa y actualizada sobre los servicios, el derecho a recibir las prestaciones en igualdad de condiciones, la humanización del trato, conocer los resultados, así como la información necesaria para que pueda optar con libertad.

En el Capítulo de las propuestas de financiamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud -aspecto en el que el trabajo mancomunado con el Ministerio de Economía y Finanzas ha sido codo a codo-, nos referimos al reembolso de las cuotas de salud a las entidades públicas y privadas que integren el Sistema. El valor cuota salud será fijado por el Poder Ejecutivo junto con los Ministerios de Economía y Finanzas y de Salud Pública, contando con la opinión de la Junta Nacional de Salud en carácter de asesoramiento. Para fijar la cuota salud serán tenidos en cuenta los costos diferenciales según grupos poblacionales determinados, así como el cumplimiento de las metas asistenciales.

En el cuadro siguiente observamos un esquema general sobre las diferencias de costos de las cápitas ajustadas por edad y sexo. Vemos que el costo más alto corresponde al recién nacido menor de un año y al adulto mayor de 65 años, tema en el que queremos empezar a trabajar con la aprobación del proyecto de ley de ampliación de la Seguridad Social, porque entendemos que es de mucho mayor justicia institucional y que también redunda en beneficio de las prestaciones.

El proyecto de ley también señala que el Fondo que financiará el Sistema -es decir, el fondo que construye el seguro- será público, se denominará Fondo Nacional de Salud, se constituirá en el Banco de Previsión Social y se integrará con los fondos públicos y privados. Con cargo a ese Fondo se reembolsarán las cuotas salud.

Tal como señalamos, la propuesta de trabajo es dar lugar a la composición etaria porque, en realidad, el costo de las prestaciones es muy diferente. El Estado y las empresas aportarán al Fondo un 5% del total de las retribuciones sujetas a Montepío que paguen a sus trabajadores y, en su caso, los complementos de cuota salud.

Los trabajadores públicos y privados beneficiarios del Fondo aportarán un 6% de las retribuciones computables a partir de enero del año 2008. No aportarán el 3% adicional aquellos con ingresos menores a 2,5 Bases de Prestaciones y Contribuciones.

En cuanto a las etapas de constitución del Sistema, se plantea ingresar en primer lugar a los niños, a los hijos menores de 18 años de los trabajadores que actualmente están en DISSE, y a los funcionarios públicos, cuya ampliación está a consideración de la Cámara de Representantes.

Además, se faculta al Poder Ejecutivo para una futura incorporación de los cónyuges, concubinos y adultos mayores de 65 años a cargo de los trabajadores, de los hijos mayores de 18 años, y será motivo de leyes posteriores el resto de los habitantes del país, por ejemplo, los jubilados.

Este es un esquema en el que conceptualizamos los aportes al Fondo, los pagos al Fondo per cápita regulados por edad y sexo, para las metas prestacionales. Debemos señalar que, dentro de las metas prestacionales para el pequeño porcentaje de usuarios en la constitución del Fondo Nacional de Salud con el proyecto de ley que está actualmente en la Cámara de Representantes, ya se ha trabajado en las metas prestacionales materno - infantiles y se ha comunicado a las instituciones, con aceptación importante de todas las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y también del sector público. Las instituciones que brindan la atención integral serán las que recibirán el pago.

Para el año 2008, entonces, gracias al esfuerzo y buena voluntad del equipo del Ministerio de Economía y Finanzas, tenemos el espacio fiscal para poder incorporar a los hijos de los trabajadores públicos y privados, lo que significa un colectivo de 595.908 personas menores de 18 años con la composición que podemos apreciar en la pantalla. Eso tiene un costo de $ 1.322:000.000. Esta es la composición de los sectores y ese es el costo fiscal de la primera etapa, que cuenta con el estudio en profundidad del Ministerio de Economía y Finanzas.

A continuación, vemos un cuadro que refleja el propósito de informar dónde se atienden hoy esos niños y, si se mantiene el lugar de asistencia de esos padres, dónde pasarían a hacerlo. Por lo tanto, habría un aumento de las afiliaciones a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva con ese supuesto, una disminución de los que se atienden en el Ministerio de Salud Pública en este momento, en los servicios de salud del Estado, ya descentralizados, con el supuesto de las opciones de los hijos igual a la que han hecho sus padres.

Por lo tanto, la reforma también permite que los fondos destinados a ASSE aumenten con un gasto per cápita de $ 633, con un incremento del gasto per cápita para ASSE de un 23%.

El ajuste per cápita permitiría, en ASSE, una mejora de la eficiencia y una potenciación de los recursos.

De todos modos, es claro que por cada niño que elija ASSE, el Fondo aportará la cápita correspondiente, pero se reducirá de ella el crédito presupuestal por el gasto en el momento que ocurra la opción; es decir que ASSE no va a recibir un pago doble, sino el pago de la cápita y el descuento correspondiente a lo que ya estaría pagándose.

De la información proporcionada por la Encuesta Nacional de Hogares del año 2006 se desprende que la exoneración del pago del 3% adicional a los salarios menores de 2,5 Base de Prestaciones y Contribuciones, beneficiaría a 97.000 trabajadores, que representan el 15% de los cotizantes de DISSE.

Señor Presidente: creemos que este es un resumen muy sucinto del proyecto de ley que se ha presentado en el Senado y quedamos a disposición de los señores Senadores para responder las preguntas que estimen pertinentes.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Mesa propone, como mecanismo de trabajo, escuchar a continuación al señor Ministro de Economía y Finanzas a los efectos de que las preguntas que deseen realizar los señores Senadores se puedan formular a ambos Secretarios de Estado, en función de que las exposiciones tanto de la señora Ministra Muñoz como de la que seguramente hará el señor Ministro Astori, están íntimamente ligadas.

SEÑOR MINISTRO DE ECONOMIA Y FINANZAS.- En realidad, voy a realizar algunos comentarios muy breves, puesto que la señora Ministra ya expuso, incluso, los aspectos que están más estrechamente asociados a nuestra Cartera, que son los del financiamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Solamente quiero corroborar y ratificar que hemos estado trabajando de común acuerdo y hemos seguido paso a paso, con el Ministerio de Salud Pública, el diseño no sólo de la arquitectura general del proyecto de ley, sino que también hemos acordado las fases de su puesta en práctica, lo que ya fue expuesto por la señora Ministra.

Asimismo, quiero señalar que los espacios fiscales coherentes con esta presentación ya han sido analizados en nuestro Ministerio, precisamente en el trabajo que actualmente venimos desarrollando, para concebir el nuevo espacio fiscal correspondiente al año 2008, que será presentado en oportunidad de enviar al Parlamento el próximo proyecto de ley de Rendición de Cuentas. Como los señores Senadores podrán comprobar, allí encontraremos, por ejemplo, un espacio fiscal adicional de unos U$S 185:000.000 que traerá el proyecto consigo. De ellos, U$S 52:000.000 corresponden a esta fase de la puesta en práctica del Sistema Nacional Integrado de Salud, que se relaciona -como ya se señaló- con la incorporación de los hijos menores de 18 años de trabajadores públicos y privados. Al mismo tiempo, ese espacio fiscal adicional está integrado por U$S 20:000.000 que hoy no han sido mencionados, asociados a otro proyecto de ley que está en discusión en el

Parlamento, y que es el que corresponde a la incorporación de los trabajadores de la Administración Central a este Sistema.

Esos U$S 20:000.000 se componen de U$S 12:000.000 correspondientes al pago de cuotas mutuales y U$S 8:000.000 adicionales, que responden a los aportes a DISSE del 5% y 3%, respectivamente.

De manera que son U$S 52:000.000 de esta fase que estamos discutiendo hoy, constituida por la incorporación de hijos menores de 18 años de trabajadores públicos y privados, y U$S 20.000.000 que corresponden al otro proyecto relativo a la incorporación de los trabajadores de la Administración Central. Esos montos son los que integran el espacio fiscal asegurado en la próxima Rendición de Cuentas para el año 2008.

En definitiva, solamente quería aportar esta información que, en gran medida, había adelantado la señora Ministra de Salud Pública, quedando a las órdenes para responder las consultas de los señores Senadores.

SEÑOR ALFIE.- En primera instancia, deseo saludar a los señores Ministros y a sus respectivas delegaciones, a la vez de pedir disculpas por haber llegado un poco tarde.

Por otro lado, confieso que quisiera formular varias preguntas, unas de carácter conceptual y otras que tienen que ver con el financiamiento. Comenzaré por la parte final que es la que, en realidad, me plantea más dudas porque, además, es una cuestión aritmética. En el otro caso tengo una diferencia de base importante. Seguramente, parte de mis dudas se deba a la falta de información.

Se habló de un costo de U$S 52:000.000 adicionales y se mostró una transparencia muy rápidamente, que impidió ver claramente todas las cifras. En total, hay cerca de 800.000 menores, y observo que la recaudación en base a una cuota mutual estándar es bastante más que U$S 52:000.000. Incluso, si tomamos en cuenta la cifra que figura en la parte superior de la transparencia, estaríamos hablando de $ 2:026:000.000, es decir, U$S 85:000.000.

El Sistema va a incorporar a los menores de 18 años a través de ASSE o de DISSE, con excepción de unos pocos que ya tienen cobertura a través del Hospital Militar, de Sanidad Policial y Militar o de alguna institución pública. No sé cuántos son pero, siendo muy generosos, podríamos establecer que no pasan de 100.000. Si dividimos U$S 85:000.000 entre 700.000 menores, advertimos que la cuota sería demasiado baja.

En concreto, me interesa saber cuál es el costo estimado por cada uno de ellos dado que, a mi juicio, este dato es relevante. Quizás se me pueda decir que estoy parcial o totalmente equivocado en mi forma de interpretar el proyecto de ley.

Asimismo, consulto cuánto se recaudará por el 3% adicional que se retendrá a los trabajadores que pagan DISSE quienes, en parte, financiarán este aumento del gasto.

La tercera pregunta que quiero formular, que es más conceptual, es por qué toda esta gran masa de gente queda fuera del Sistema y cuenta con regímenes especiales. Creo que no tiene sentido dejarlos afuera, sobre todo a quienes perciben ingresos bastantes más importantes, lo que, claramente, proporcionaría financiamiento al Sistema, y no lo contrario. Aclaro que omití incluir a aquellos que también están fuera de este Sistema, que son quienes tienen una afiliación individual, es decir, los hijos menores de 18 años de los patrones, ya que los trabajadores por cuenta propia, seguramente, estén afiliados a ASSE. Entonces, hay que incluirlos cuando se hace la resta.

En realidad, no entiendo bien el alcance de algunos artículos, más allá de que existen imprecisiones de redacción como, por ejemplo, cuando se habla de prestaciones contributivas y no de Bases de Prestaciones y Contribuciones, etcétera.

El artículo 51 expresa: “El Estado y las empresas privadas aportarán al Fondo Nacional de Salud un 5% del total de las retribuciones sujetas a montepío que paguen a sus trabajadores y los complementos de cuota salud que correspondan por aplicación del artículo 338 de la Ley Nº 16.320 de 1º de noviembre de 1992”. Quiero saber si cuando dice “los complementos” se refiere al número de

hijos o al titular, porque son cosas distintas: si es “el complemento” por el titular, es lo que hoy se aporta, pero, en cambio, si son “los complementos”, dependiendo del número de hijos, el aporte patronal puede subir mucho. En realidad, no tiene sentido que sean “los complementos”, pero cuando leí el proyecto de ley, fue la única forma que encontré para la financiación, ya que no sabía que otra ley la va a financiar aparte. Es más; ahora se nos dice que la ley de Rendición de Cuentas va a poner aparte U$S 50.000:000.000.

SEÑOR MINISTRO DE ECONOMIA Y FINANZAS.- Eso no fue lo que manifestamos.

SEÑOR ALFIE.- Entonces, si no dijeron eso, no entiendo este punto y, seguramente, más adelante lo explicarán.

Aquí se señala que los hijos menores de 18 años ingresan al Sistema directamente y que, gradualmente, cuando el Poder Ejecutivo disponga, podrán hacerlo los jubilados y el resto de los trabajadores del país. Ahora bien; el artículo 55, en su oración final expresa: “Facúltese al Poder Ejecutivo a definir la entrada en vigencia del aporte definido en este artículo así como de los derechos incluidos en los artículos 53 y 54”. Aclaro que entre estos derechos incluidos en esos dos artículos, también se encuentran los hijos menores de 18 años. Esto me genera dudas porque en una disposición directamente se nombra a los hijos menores de 18 años y, después, parecería como que existe una facultad para excluirlos, y no sé cuál es la redacción final de esta disposición.

Otra de las dudas que me surge es en qué queda el Fondo Nacional de Recursos, ya que el artículo 58 expresa que mantendrá su autonomía administrativa. Entonces, no entiendo cómo se va a cobrar, qué va a hacer ni en qué queda realmente su capacidad de operar o no.

Esto es cuanto quería manifestar sobre el tema de financiamiento.

Respecto a cómo van a operar el Fondo y los aportes, creo entender el mecanismo pero quisiera hacer algunas verificaciones.

En primer lugar, la determinación de la cuota salud, como se le llama en el proyecto de ley, tiene un componente que es un premio por cumplimiento de objetivos, por decirlo de alguna manera. La pregunta que me hago es si ese premio es un adicional o está tomado dentro de los costos, porque allí tenemos una diferencia sustancial.

En segundo lugar, no sé cómo queda en este esquema el servicio de emergencia y urgencia. Si no entiendo mal, está obligatoriamente dentro de la prestación integral, por lo cual las emergencias, en su gran mayoría, dejan de tener afiliaciones individuales y pasan a brindar servicios a alguna entidad del seguro.

Las demás observaciones refieren a aspectos para discutir -algunos filosóficos y otros de texto, básicamente-, pero no creo que sea este el ámbito para plantearlos, porque en realidad no estamos discutiendo la redacción del proyecto de ley sino que estamos tratando de aclarar algunos conceptos y dudas generales.

SEÑOR MINISTRO DE ECONOMIA Y FINANZAS.- Vamos a distribuir las respuestas a estas preguntas de acuerdo con la especialización con que hemos venido encarando esta tarea, en la que hemos participado los dos Ministerios y, naturalmente, en cada uno de ellos, el equipo de trabajo que se puso al servicio de esta elaboración.

Antes que nada, quisiera hacer una aclaración, por si no fui claro en mi primera intervención. En oportunidad de la presentación de la próxima Rendición de Cuentas, obviamente nosotros vamos a informar al Parlamento acerca de la expansión del gasto público y los espacios fiscales en que se fundamenta; pero en realidad en este caso el fundamento de la creación del espacio fiscal para financiar esta propuesta va a estar en el proyecto que estamos analizando hoy, que es una ley especial. La Rendición de Cuentas no puede incluir el fundamento que sólo esta ley va a plantear consigo. De manera que la creación del fundamento para asignar recursos presupuestales a este financiamiento está en esta ley. En la Rendición de Cuentas se va a presentar al Parlamento un enfoque global de los espacios fiscales que el proceso de evolución del gasto público exige. Habrá incluso -permítanme decirlo- otras leyes especiales que también contendrán los fundamentos de parte

de ese gasto, por ejemplo, algunos de los destinos que integran el llamado Plan de Equidad en el planteo del Gobierno, que también será objeto de una ley especial. Esto es lo que quería decir en cuanto a la referencia que hacía el señor Senador Alfie sobre dónde se van a encontrar las razones que explican la creación de ese espacio fiscal.

Creo que hay algunas preguntas muy concretas sobre financiamiento que tenemos que contestar nosotros, es decir, el equipo que funcionó en el Ministerio de Economía y Finanzas, y otras que vamos a pedir que las asuma -y ya estuvimos haciendo los comentarios correspondientes- el Ministerio de Salud Pública.

En primer lugar, señor Presidente, voy a solicitar autorización para que pueda participar el señor Subsecretario Bergara.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE ECONOMIA Y FINANZAS.- Señor Presidente: voy a referirme a algunas de las consultas específicas que realizó el señor Senador Alfie.

Evidentemente, el señor Senador manejaba el universo global de hijos menores de 18 años en el país, pero en esta etapa la ley no los comprende a todos, ya que estamos hablando de hijos de familias en las que hay trabajadores formales, tanto en el sector público como en el privado. Incluso, como bien aclaraba el señor Senador Alfie, dentro del sector público hay algunas áreas que tampoco están incluidas, como los Ministerios del Interior, de Defensa Nacional o de Salud Pública. De todas maneras, este tema es motivo de otra consulta que, seguramente, responderán las autoridades del Ministerio de Salud Pública.

Por lo tanto, nosotros nos concentramos -y agradezco al economista Daniel Olesker que haya dejado en la pantalla ese cuadro- en el número de hijos menores de 18 años del sector privado y del sector público, que son 421.000 y 72.000 respectivamente. O sea que estamos hablando de un total de 493.000 niños y adolescentes menores de 18 años que son hijos de trabajadores. Como es obvio, también hay un conjunto de niños que viven en familias en las que, lamentablemente, no se da esa situación. Entonces, haciendo las divisiones correspondientes -como apuntaba a hacer el señor Senador Alfie-, quiero decir que la cápita o la cuota que promedialmente utilizamos para los niños está en el entorno de los $ 775 o $ 780 para el año 2008. Esa misma cápita para el 2006 la estimamos en unos $ 700.

El otro aspecto que consultaba el señor Senador Alfie es el relativo a la recaudación estimada o esperada del 3% adicional de aporte al Seguro que financia al Fondo Nacional de Salud. Esto sólo se va a cobrar para aquellos trabajadores que tienen ingresos superiores a las 2,5 Bases de Prestaciones y Contribuciones. La estimación primaria que tenemos al respecto está en el entorno de los $ 1.935:000.000, es decir, algo cercano a los U$S 80:000.000, expresados a valores de 2008.

SEÑOR COURIEL.- Quisiera que repitiera el concepto y las cifras.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE ECONOMIA Y FINANZAS.- Aquí está planteado un aporte adicional del 3% de sus ingresos -que opera como una prima de seguro al Fondo Nacional de Salud- para aquellos trabajadores que tienen ingresos superiores a las 2,5 Bases de Prestaciones y Contribuciones.

La recaudación estimada para ese componente, sobre el que preguntaba el señor Senador Alfie, la calculamos en el entorno de los $ 1.935:000.000 de 2008, que es algo así como U$S 80:000.000.

Como podemos ver en el siguiente cuadro -de más está decir que la presentación va a quedar a disposición de las dos Comisiones-, el costo neto de incorporar a los hijos de trabajadores del sector privado es bastante mayor, de $ 2.026:000.000, es decir algo más de U$S 80:000.000. O sea que el costo bruto está compensado en parte por la recaudación que mencionábamos y el costo neto está en el entorno que muestra el cuadro.

SEÑOR ALFIE.- Me gustaría que se hiciera una breve descripción del cuadro que se está exhibiendo.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE ECONOMIA Y FINANZAS.- Allí está planteado el costo fiscal asociado a los distintos componentes que tiene esta segunda etapa de reforma. La primera etapa está asociada a los U$S 20:000.000 correspondientes a los trabajadores de la Administración Central, y ya está en tratamiento parlamentario. En este caso, tenemos la incorporación de los hijos de trabajadores del sector privado y para ello utilizamos el mecanismo del 3% adicional para los que tienen más de dos Bases y media de Prestaciones y Contribuciones, lo cual les da derecho a incluir al Sistema a los hijos menores de 18 años. Eso tiene el costo neto de $ 2.026:000.000.

Por otra parte, bajo ciertos supuestos de reparto con respecto a los trabajadores públicos y la incorporación de sus hijos, tanto de la Administración Central como de los organismos públicos que están fuera de ella -siempre considerando las excepciones que se manejaban de los Ministerios de Defensa Nacional, del Interior y de Salud Pública y de las Intendencias-, en realidad, hay una contribución neta al Fondo, porque el gasto que estas organizaciones hacen actualmente supera lo que sería la contribución a priori a éste. Por lo tanto, ahí tenemos una "fuente de financiamiento neto" -entre comillas- del Fondo que, en total, estaría en el entorno de los $ 680:000.000. A su vez, hay un costo adicional por la exoneración del 3% adicional a los salarios menores a las dos Bases y media de Prestaciones y Contribuciones, que estimamos en unos $ 100:000.000.

Por su parte, el último punto depende de cómo se le computa la cuota salud a ASSE. En realidad, la cuota salud a ASSE se paga tomando en cuenta la diferencia entre lo que sería la cuota salud y lo que en promedio gasta actualmente ASSE en la gente que atiende efectivamente. Ese diferencial genera un ahorro en el caso de que haya niños que en vez de optar por las mutualistas, lo hacen por ASSE. De modo que se habla del 10%, suponiendo que el 90% va a optar por mutualistas y el 10% por ASSE. Obviamente, puede haber variantes; es una hipótesis de trabajo que se debe al hecho de que, lamentablemente, hay familias que no van a poder optar por las mutualistas por el tema de las tasas moderadoras. Esa es la descripción de los componentes que culminan en los U$S 52:000.000 de costo fiscal neto.

SEÑOR ALFIE.- Quisiera que me repitiera por qué generan ingresos netos los aportes de los trabajadores del sector público.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE ECONOMIA Y FINANZAS.- En el cómputo preexistente habíamos considerado que todo el mundo contribuía con el 3% y después sacamos la parte exonerada. Es una forma de estimación; simplemente, es una cuestión metodológica.

SEÑOR ALFIE.- Si sumamos los $ 280:000.000 más los $ 398:000.000, tenemos $ 678:000.000 anuales.

Ustedes dijeron que el costo total de $ 780, por 12 meses, por el número total, que son 493.000, da equis. Si a eso le restamos el 3%, da $ 2.026:000.000

SEÑOR SUBSECRETARIO DE ECONOMIA Y FINANZAS.- Eso es para los trabajadores del sector privado, que son más de 420.000.

SEÑOR ALFIE.- Si multiplicamos 780 por 12 y por 421.000 y le restamos el 3%, tendríamos que llegar a los $ 2.026:000.000. Ahora, si estamos a nivel del sector privado, ¿qué tienen que ver los hijos de los funcionarios del sector público?

SEÑOR SUBSECRETARIO DE ECONOMIA Y FINANZAS.- La ley preexistente -es decir, la que está en tratamiento parlamentario actualmente- incorpora al Sistema a los funcionarios de la Administración Central, pero no a sus hijos. La "ley chica", la preexistente, le asigna al Poder Ejecutivo la facultad de ir incorporando a otros colectivos del sector público al FONASA. Tal como explicaba la señora Ministra de Salud Pública, la previsión es que para el 1º de enero de 2008 hayamos incluido a otros organismos del sector público y a los hijos de esos funcionarios. El proyecto de ley que estamos discutiendo hoy prevé la incorporación de los funcionarios públicos al Sistema Nacional Integrado de Salud, en los términos en que lo plantea el texto correspondiente; de todos aquellos colectivos que se van integrando al FONASA, incluso de aquellos que se integran en virtud de la iniciativa que ya se está discutiendo en el Parlamento. Es decir que por la "ley chica" el Poder Ejecutivo puede ir incorporando a las empresas públicas y otros colectivos y, automáticamente, si se aprobara este proyecto de ley tal como está planteado hoy, dichos colectivos se integrarán a este régimen. Por lo tanto, no solamente quedarán integrados los funcionarios públicos, sino también sus hijos menores de 18 años. Por decirlo de alguna

manera, es como si se aplicara la transitiva. El proyecto de ley anterior permite incorporar a esas personas al FONASA y el que estamos considerando en este momento, automáticamente, los transforma en usuarios del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud. Por esa razón es que se incluye en el costo fiscal estimado la incorporación de los colectivos del sector público, de modo que tenga vigencia a partir del 1º de enero de 2008.

SEÑOR ALFIE.- Entonces, habría que incluir a 72.300 niños, con lo que aumentaría el costo.

SEÑOR LORENZO.- El cuadro que los señores Senadores pueden ver en pantalla en este momento, describe en su última línea el costo fiscal neto total de lo que implica la cobertura de los hijos de los trabajadores activos, prevista en el proyecto de ley que está a estudio de esta Comisión. Cada una de esas líneas debe ser interpretada como un neto; quiere decir que la primera línea, de $ 2.026.000.000, representa la diferencia entre lo que aportarían los trabajadores del sector privado y lo que serían las prestaciones que ese colectivo recibiría, lo cual, por supuesto, estaría a cargo de Rentas Generales. Cuando miramos la segunda línea, vemos que hay un ahorro fiscal, porque la incorporación del 3% adicional al 5% más 3% que la ley anterior tenía previsto, genera que el costo de cobertura del trabajador y sus hijos correspondiente a la Administración Central, exceda al costo de cobertura. Para decirlo con otras palabras: la recaudación del 5% más 3% más 3% excede a la cobertura del trabajador y sus hijos a la cápita fijada.

SEÑOR ALFIE.- Pero lo que sucede en este caso, a mi juicio, es que el 5% no es público, porque corresponde al aporte patronal.

SEÑOR LORENZO.- Eso está debidamente fundamentado en el hecho de que el costo fiscal de lo que llamamos la Ley de Incorporación de los Trabajadores de la Administración Pública ya lo tiene computado. El punto que plantea el señor Senador está contenido en otra ley, y hay U$S 20:000.000 adicionales que se suman a los U$S 52:000.000 que están implicados en este cuadro, que son un costo fiscal explícito ya asumido en la ley que fue remitida oportunamente al Parlamento y que está siendo analizada. Este cuadro describe solamente lo que innova esta norma respecto a lo que la disposición anterior remitida al Parlamento ya planteaba.

En cuanto a lo que figura en la tercera línea, corresponde aclarar que lo que se hace es computar el costo que tendría la incorporación al régimen del resto de los funcionarios públicos -incluidas las empresas públicas- y la cobertura de sus hijos, en la hipótesis de que hoy se está haciendo un gasto por parte de todas esas organizaciones, y ese gasto, cuando se incorpore el 3% adicional, va a exceder lo que es el costo de cobertura de quienes aparecen cubiertos por el Seguro que se está ofreciendo al trabajador y a sus hijos.

Creo que lo que aparece en la línea siguiente no merece explicación, pero sí lo que se explicita en la última, ya que se manejó una hipótesis en su elaboración. Únicamente el 10% de los hijos de los trabajadores activos va a optar por ASSE. ¿Cómo es el mecanismo mediante el cual esta opción genera un ahorro? La cápita que va a recibir ASSE por la cobertura de ese niño ronda, como decíamos, en los $ 780, según los costos del año 2008, de acuerdo con nuestras estimaciones; pero hoy existe una cápita implícita en el gasto promedio de ASSE -que ya ha sido comentada-, que va a ser deducida para que no haya una duplicación de gasto en este sentido. Por tanto, hay un mecanismo de compensación presupuestaria.

La suma de todo eso es de $ 1.322.000.000, como costo fiscal adicional financiado por Rentas Generales, lo que implica la incorporación de estos colectivos al régimen que prevé la ley.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE ECONOMIA Y FINANZAS.- Si el señor Presidente está de acuerdo, nosotros responderemos una de las interrogantes del señor Senador Alfie, y las restantes los colegas del Ministerio de Salud Pública.

La pregunta del señor Senador Alfie refería a cómo se van a ir ajustando las cuotas de salud o las cápitas. En el proyecto de ley se indica que el Poder Ejecutivo será el que fije las cápitas y, por tanto, su evolución, en acuerdo con los Ministerios de Economía y Finanzas y de Salud Pública, escuchando la opinión de la Junta Nacional de Salud.

Lo que estaba planteado en una de las transparencias que pasaron hace unos minutos, era que el ajuste de cápitas va a tomar aspectos de eficiencia a través de varios mecanismos.

Particularmente, se propone que las mejoras de eficiencia y el impacto de las economías de escala por la incorporación de nuevos afiliados -porque de esta manera se están incorporando cientos de miles de afiliados a las mutualistas, lo cual genera economías de escala- van a ser tenidos en cuenta a la hora de reflejarse en los mecanismos de ajuste a la baja del costo de las prestaciones, o sea, de las cápitas. Ese esquema, de alguna manera, se implementará en forma gradual, porque no lo podemos hacer de inmediato, ya que generaríamos un "shock" financiero en el sistema mutual, y esa no es la idea. Entonces, reitero, se hará en forma gradual y va a ir presionando sobre la productividad y la eficiencia de los organismos, lo cual generará espacios para tener políticas de cápitas con cierta discriminación, en función del cumplimiento de los objetivos sanitarios. O sea, el hecho de ir tomando gradualmente el impacto de las economías de escala y las mejoras de eficiencia en la consideración para la determinación de las cápitas en el futuro, va a dar el margen para la discriminación en función del cumplimiento de los objetivos.

SEÑOR ALFIE.- Al principio, la prima promedio quedaría igual; luego iría bajando la prima normal, y la diferencia sería el premio por cumplimiento.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE ECONOMIA Y FINANZAS.- No enteramente; se va a ir evaluando y analizando a medida que estimemos correctamente cuáles son las ganancias de eficiencia derivadas, por ejemplo, de las economías de escala. Obviamente, el hecho de incorporar a cientos de miles de usuarios a las mutualistas, en un entorno económico donde existen altos costos fijos, va a generar economías de escala. El traslado inmediato de eso a la cápita podría implicar una ruptura financiera no deseada, lo que no quiere decir que haya que "regalar" esa ganancia de eficiencia enteramente al sistema mutual. La idea es tender a un mecanismo de ajuste de cápita razonable en el tiempo que, obviamente, iremos reglamentando.

Aquí estamos dando solo una visión conceptual del tema, porque la reglamentación final todavía no está armada. Las ganancias de eficiencia serán consideradas a la hora de realizar el ajuste de cápita, y eso va a permitir un margen para la discriminación en función del cumplimiento de objetivos sanitarios. La vida dirá si dicha discriminación cubre toda la diferencia o no, según los órdenes de magnitud y de cuán efectivos sean esos estímulos, dependiendo de los objetivos sanitarios.

SEÑOR MINISTRO DE ECONOMIA Y FINANZAS.- Simplemente, quisiera recordarles que, además del efecto de economías de escala, el funcionamiento del Sistema, una vez que esté en pleno desarrollo, va a significar una potenciación de los recursos de ASSE. Por cada niño que opte por ASSE, obviamente va a haber una disminución correspondiente del crédito presupuestal que se asigne para el financiamiento de sus actividades. Ambos factores van a influir y eso será tenido en cuenta en la evolución de la fijación de las cuotas salud, como las estamos llamando ahora.

He registrado tres temas adicionales, que son los que refieren a la exclusión de los Ministerios del Interior y de Defensa Nacional, al Fondo Nacional de Recursos y a los servicios de emergencia y urgencia. Si los señores Senadores están de acuerdo, creo que los integrantes del Ministerio de Salud Pública podrían comentarlos.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PUBLICA.- De acuerdo con los principios rectores contenidos en el proyecto de ley, en primera instancia queremos hacer hincapié en la cobertura formal de todos los habitantes del país. Actualmente existen núcleos poblacionales que no cuentan con esa cobertura formal. Más allá de que se dice que los servicios de salud del Estado brindan cobertura a toda aquella persona que no tenga cobertura formal y, posteriormente, se evalúa si ésta tiene costos o no, según el ingreso de la persona y su familia, entendemos que ofrecer un servicio de salud poniendo énfasis en la promoción y la prevención -o sea, anticipándose a la enfermedad-, hará que sea necesario que cada habitante del país tenga un lugar de pertenencia para su cobertura formal. De alguna manera, la población cubierta por ese lugar de pertenencia tendrá acceso a actividades -que no son prestaciones directas- que promuevan la salud y prevengan la enfermedad.

Todo el proyecto de ley pone énfasis en los sectores poblacionales de más baja cobertura en la actualidad, o sea, los de más baja identificación con prestadores formales de atención a la salud. Los niños están incluidos como elemento fundamental, porque hemos estudiado la importancia de la cobertura y constatamos que hay un alto porcentaje de la población de bajos recursos cuyos niños no tenían cobertura formal. Ahora, la cobertura se ha ampliado a través del Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social (PANES), que brinda cobertura a los niños de hogares de muy bajos recursos que son, precisamente, beneficiarios de este Plan. Existe un sector de trabajadores de la población que no

tiene cobertura formal y de ahí la importancia de que esos niños sean incorporados en primera instancia a dicha cobertura.

SEÑOR COURIEL.- Hay alrededor de 350.000 ó 400.000 niños provenientes de hogares con muy bajo niveles de ingreso. Hoy esos niños son atendidos, pero no se incorporan al régimen general que se está implementando; el día que se cuente con el financiamiento para que se puedan incorporar, tendrán la ventaja de optar, pero de cualquier manera la atención actual se sigue manteniendo.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE ECONOMIA Y FINANZAS.- Creo que igual mejora, porque se nivelan recursos por este mecanismo.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PUBLICA.- Lo que plantea el señor Senador Couriel es correcto.

Nosotros nos referíamos a la importancia de formalizar la cobertura, que es el principio rector que guió todo el desarrollo de este proyecto de ley. Aquellos colectivos poblacionales que hoy tienen financiamiento y cobertura, no están en esta primera etapa, aunque sí están coordinados fuertemente con los servicios de salud del Estado. Me refiero, concretamente, a los sectores de población que cubren el Hospital Policial y el Hospital Militar. La población policial y militar tiene una especificidad de trabajo que hace necesaria una medicina particular; pero además de esta realidad, el sector de familiares directos hoy está totalmente cubierto con un aporte proporcional a los ingresos de esos sectores. Por lo tanto, los Ministerios del Interior y de Defensa Nacional continúan con su actual cobertura, manteniendo una profunda coordinación de servicios para la prestación de actividades relacionadas con la salud de las personas, a través de reuniones mensuales con los servicios de Salud del Estado, con el Banco de Seguros del Estado, con el Banco de Previsión Social y con todos los organismos públicos que brindan servicios de atención a las personas.

Es por eso que, de acuerdo con el principio rector de la formalización de la cobertura universal para los todos los habitantes del país, dentro de los criterios de inclusión, en una primera etapa se optó por incluir a los niños de los trabajadores, excluyendo a los colectivos de los Ministerios de Defensa Nacional y del Interior, que tienen una cobertura formal importante, correcta, satisfactoria para los usuarios, y acorde a los ingresos de sus trabajadores.

En cuanto a cómo considerar el cumplimiento de los objetivos o metas prestacionales, quiero señalar que ya venimos trabajando -al igual que en la construcción de los programas de atención integral a las personas- con grupos del Consejo Consultivo de Salud para integrar los cambios, con las gremiales profesionales de Montevideo y del interior del país, con los trabajadores del sector público y privado, y con las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, que al comienzo entendíamos que eran un solo prestador, pero que dada la realidad del país están representadas por el Plenario de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y por la Unión de Mutualistas del Uruguay. También participa la Universidad de la República en el área de la salud y, en representación de ésta, el Hospital de Clínicas.

En ese colectivo hemos trabajado en la construcción de programas de atención integral y también en el desarrollo de metas prestacionales, habiendo concluido ya el Programa de Atención Materno Infantil, con indicadores de calidad de atención.

Quiero agregar que también se contó con la participación de las gremiales de psicólogos y odontólogos, por el carácter importante que tienen para nosotros las prestaciones de salud mental y bucal, como parte de la salud integral de las personas.

Con esos integrantes hemos elaborado las metas prestacionales de salud materno infantil, que tienen una cantidad de componentes que se han colectivizado en el Consejo Consultivo y que han sido aceptados por todas las instituciones, los prestatarios y los prestadores de salud. También participó el movimiento de usuarios, no sólo en lo que tiene que ver con su construcción, sino también en su puesta al día. Este trabajo comprende el control que debe tener el niño en el primer año de vida, y luego hasta los 14 años, así como los controles de la mujer embarazada y los cuidados de la institución para la atención de la madre y el niño.

Como parte de la cuota salud se ha establecido un porcentaje del 6% a adjudicar a las instituciones por el cumplimiento de los objetivos o metas prestacionales. ¿Qué indica esto? Para nosotros la reforma tiene un profundo componente de modificación de los objetivos institucionales,

haciéndolos verdaderamente explícitos para los prestatarios y para los usuarios, a fin de que sepan a qué prestaciones tienen derecho, y comprometiendo a las instituciones -que, de alguna manera, en nuestro país son los intermediarios- en lo que hace a la prestación tradicional de salud.

El Uruguay y su gente tienen una gran adhesión a las instituciones, sean públicas o privadas; dentro de las instituciones privadas, cada una de las personas tiene adhesión a la que pertenece, y aunque a veces pretende reformarla para que sea más de su agrado, no quiere irse de ella. Entendemos muy importante respetar esa adhesión institucional en esta ley. También entendemos importante, dentro de las modificaciones que necesita el sector salud, que las prestaciones sean explícitas para todos: para las instituciones, para los trabajadores que en ella se desempeñan y para los usuarios que reciben ese beneficio.

Ya hemos trabajado en lo que respecta a las metas prestacionales y dentro de la cuota salud hemos planteado un porcentaje de premio por el cumplimiento de objetivos y metas prestacionales, incorporando en primer lugar aquella temática que entendemos más importante para el Uruguay y que queremos jerarquizar en el año 2007, que es el cuidado del niño en la primera infancia y de la mujer embarazada.

Teniendo en cuenta otra de las inquietudes planteadas por el señor Senador Alfie, debemos señalar que entendemos que la asistencia o la atención integral a la persona va desde la emergencia hasta los cuidados paliativos, es decir que incluye todas las etapas en las que se necesita la concurrencia de efectores para atender la salud.

Muchos de los servicios de emergencia y urgencia hoy ya están unidos a los prestadores integrales y otros lo harán en el futuro, en lo que hace a la complementariedad de los servicios; pero nada obsta a que quienes hoy tienen afiliaciones individuales las sigan teniendo, si es que las personas tienen adhesión a sus servicios. Hemos tenido múltiples reuniones con las Cámaras y los prestadores de servicios de emergencia y se advierte la necesidad de que las instituciones que se perfilan como prestadores integrales cuenten con servicios de emergencia, de la misma manera que, en el otro extremo, con cuidados paliativos.

En el proyecto de ley está contemplada la necesidad de estar al día en términos de contrato. Este tema preocupa a los servicios de emergencia, que pueden sentir que los prestadores integrales no les pagan en tiempo y forma. De la misma manera, también inquieta a los colectivos que brindan servicios odontológicos el pago en tiempo y forma de sus prestaciones.

Si el señor Presidente me permite, quisiera ceder el uso de la palabra al doctor Miguel Fernández Galeano para que haga referencia al Fondo Nacional de Recursos y al artículo que lo sustenta.

SEÑOR PRESIDENTE.- Previamente, el señor Subsecretario de Economía y Finanzas solicitó una interrupción, que se concede.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE ECONOMIA Y FINANZAS.- Gracias señor Presidente.

Quiero referirme, nuevamente, a la consulta realizada por el señor Senador Couriel, porque me parece importante enfatizar la idea que se transmitió con algunas cifras o estimaciones.

De acuerdo con lo que hemos trabajado hasta el momento, estimamos que antes y después de la reforma propuesta, la situación sería la siguiente. En 2006 la cobertura de menores de 18 años en el Ministerio de Salud Pública, en ASSE, estaría en el entorno del 58%, pero con los supuestos manejados anteriormente respecto a cuánta gente optaría por ASSE o por mutualistas, esa proporción bajaría prácticamente 20 puntos porcentuales, o sea al 38%. A su vez, básicamente el grueso, se trasladaría al sistema mutual, pasando de un 22% o 23% a casi un 50%. Es decir que el principal impacto en términos de cobertura proyectada es de una traslación importante de 20 puntos porcentuales -del universo de niños que estamos considerando- de ASSE a las mutualistas. Esto tiene como impacto lo que se señalaba en cuanto a que el gasto per cápita en ASSE se incrementará. Nuestras estimaciones con estos supuestos indican que una vez dada esa traslación, el gasto per cápita en ASSE sería del entorno del 23%, cifra muy significativa. Es decir que el hecho de que haya un número importante de niños que se trasladan al sistema mutual, además de las ventajas que éste ofrece en cuanto a poder aprovechar economías de escala, permite también lo que dice el contador

Astori respecto a la potenciación de los recursos de ASSE, porque estaríamos atendiendo con mejor calidad a los usuarios de ASSE, con un incremento del 23% del gasto per cápita.

SEÑOR COURIEL.- Si no entendí mal, habrá un traslado, a las mutualistas, de niños que atiende ASSE, por lo que ASSE va a gastar menos, pero en el gasto total, habrá que pagar más a las mutualistas por la cantidad de niños que se van a incorporar.

SEÑOR SUBSERCRETARIO DE ECONOMIA Y FINANZAS.- Entonces, hay un costo fiscal.

SEÑOR COURIEL.- Pero, probablemente, el gasto total no se modifique; es decir que van a pagar más cuotas salud a las mutualistas y ASSE va a poder ahorrar por concepto de los niños que no se atienden más allí. Hago este planteo con el fin de comprender lo que ocurrirá.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE ECONOMIA Y FINANZAS.- El Fondo va a estar financiando la cuota salud a quienes opten por las mutualistas y también la cuota salud de los niños que queden en ASSE. Como la cuota salud prevista es superior a la cápita actual de ASSE, en realidad el Fondo va a estar aportando más recursos a ASSE por esa diferencia, por lo que no se va a reducir el presupuesto de ASSE en función de los niños que se trasladen. Es decir que aumenta el gasto per cápita, ya que en buena medida se mantiene el presupuesto de ASSE -e, incluso, puede llegar a aumentar por esa diferencia de la que hablábamos-, pero va a atender menos usuarios.

SEÑOR MINISTRO DE ECONOMIA Y FINANZAS.- Es decir, una potenciación de recursos.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE ECONOMIA Y FINANZAS.- El doctor Lorenzo quería complementar este punto.

SEÑOR LORENZO.- Para complementar un poco la idea del impacto que tiene esta ley y la que también está a estudio del Parlamento en lo que refiere a la cobertura de los funcionarios públicos, debe quedar claro que, mediante estas leyes, crece el gasto total de salud, público y privado, y crece el gasto de la sociedad uruguaya en salud. No crece por los montos totales de cobertura, porque hay saldos netos -como explicamos anteriormente- entre gastos de ASSE y los incrementos que algunas de estas acciones prevén. Pero debe quedar claro que se está incrementando el gasto en salud a nivel público, y lo evidencia que tiene costo fiscal. Si estamos evaluando en U$S 72:000.000 el gasto público adicional, que involucra las dos leyes que están a estudio del Parlamento, es claro que se trata de un neto; pero, además, seguramente el gasto privado en salud también puede tener algún elemento adicional.

De todas maneras, quisiera agregar algunos elementos que creo que ayudan a ver los impactos a nivel familiar. En primer lugar, como resultado de esta ley, ocurre una mejora significativa en las prestaciones de salud de hogares cuyos hijos se atienden en ASSE.

Hoy, la prestación gratuita por salud que recibe un hogar que se atiende en ASSE, es del orden de $ 934, a costos del año 2006. Esto ocurre por un gasto per cápita de ASSE de $ 445, y como hay 2,1 niños promedio en los hogares que se atienden en ASSE, el costo arroja una cifra de $ 934.

El nuevo Sistema prevé que los hogares, aun los que están siendo atendidos en ASSE, -hablamos de los sectores formales- van a hacer una contribución equivalente al 3% de los ingresos formales que tienen. Estos sectores tienen ingresos promedio, en el año 2006, del orden de los $ 8.730; ello hace que la contribución que desde ese hogar se va a hacer al financiamiento de este nuevo esquema, sea del orden de $ 262. ¿Qué recibirán como contrapartida los hogares que se están atendiendo por este Sistema? Recibirán como contrapartida la prestación de las IAMC. Esto da como resultado que con la cápita promedio para el año 2006, que ha sido estudiada, tendrán un costo de $ 1.423 por una contribución de $ 262. Obviamente, el remanente es gasto público actual más gasto público adicional, que está siendo previsto por el mecanismo de financiamiento de esta ley.

Si ahora, adelantándonos, nos trasladamos a otras discusiones respecto a cuál es el impacto que tiene esta norma sobre los hogares que pagan cuotas mutuales por sus hijos -que, creo, es otro elemento importante-, también ocurre un ahorro en estos hogares de trabajadores privados activos, cuyos hijos ya se atienden en el sistema mutual. El gasto por bolsillo de cada cuota mutual a cargo de los hogares, a costos del año 2006, es del orden de $ 1.120. La cuota por hijo correspondiente al año

2006, es de 700, y el número de menores que están a cargo de estos hogares es 1,6. De este modo, los $ 1.120 de costo que esto tiene es la cuota promedio que pagan de su bolsillo por 1,6. Si a esto le computamos el 3% adicional, ahora sobre los ingresos promedio de los segmentos de población que atienden a sus hijos en las IAMC -obviamente, el ingreso en este caso es superior al anterior, ya que son $ 18.878 del año 2006- estaremos hablando de $ 566, y el ahorro promedio de estos hogares es del orden de $ 574. Esto, para bajar la imagen de cómo impacta esta ley sobre los hogares de los niños que efectivamente están cubiertos -o pasan a estarlo- por este Sistema.

Entonces de algún modo se fortalece, se produce una mejora significativa en las prestaciones de ASSE y además ocurre, con respecto al bolsillo de los hogares que están pagando las cuotas mutuales de sus hijos, un ahorro de $ 574.

SEÑOR MINISTRO DE ECONOMIA Y FINANZAS.- Solamente quiero hacer un comentario muy general antes de pasar a la postergada intervención del señor Subsecretario de Salud Pública sobre el tema del Fondo Nacional de Recursos.

Conviene saber que en el trienio comprendido entre 2006 y 2008 -incluyendo las proyecciones que estamos haciendo- el gasto público en salud se está incrementando en casi U$S 180:000.000 -lo que revela que esta es una de las prioridades fundamentales del gasto público-, incluidos estos U$S 72:000.000 que hemos venido comentando.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Antes que nada quiero decir que en la toma de contacto con este proyecto de ley y sus derivaciones, la pregunta formulada resulta interesante para analizar el tema de la gradualidad que esta iniciativa contiene, porque se diferencian dos aspectos, uno que tiene que ver con la función sustantiva del Fondo Nacional de Recursos y otro relacionado con la forma de acompasar esa función sustantiva mediante un sistema de financiamiento equitativo dentro de la reforma general que se está planteando.

Con respecto a la función sustantiva del Fondo Nacional de Recursos, seguimos pensando -por eso, entre otras cosas, se mantiene el proyecto de ley con ese perfil del Fondo Nacional de Recursos- que es imprescindible mantener desglosado un fondo a los efectos de financiar un Seguro para gastos catastróficos en salud. ¿Qué entendemos por gastos catastróficos en salud? Son aquellas patologías, tratamientos o respuestas terapéuticas, e incluso medicamentos -la reforma incorporó medicamentos en la Ley de Presupuesto quinquenal-, que requieren de un financiamiento muy costoso y que son de alta complejidad pero, a su vez, de baja prevalencia. Esto es lo que define a la medicina altamente especializada, y parece razonable que aquellos eventos que tienen baja incidencia tengan la posibilidad de ser financiados por un fondo global específico que garantice y asegure -tal como hoy se hace con la cirugía cardíaca y con algunos trasplantes- el conjunto de prestaciones que tiene el Fondo Nacional de Recursos.

Por otra parte, resulta absolutamente fundamental tener mecanismos de control y de regulación de la indicación de esos procedimientos y de esos tratamientos -así como también para el conjunto de prestaciones que va a tener el Fondo Nacional de Salud-, ajustados a evidencia científica y a protocolo. Estos mecanismos permitirán que, existiendo un Seguro, no se dé un fenómeno de inducción de la demanda sin control que haga que, en definitiva, no haya una manera de sustentar los crecimientos exponenciales que tienen las respuestas terapéuticas en medicina. Nos referimos al hecho de saber que un país tiene que dar la medicina que puede sustentar desde el punto de vista económico y sanitario, y no permitirse el lujo de incorporar prestaciones que no están debidamente aquilatadas en términos de evidencia científica y que puedan llevar a una situación de colapso, como en algún momento atravesó el Fondo Nacional de Recursos. Esto justifica el aporte sustantivo sanitario de tener un fondo desglosado.

Ahora bien, desde el punto de vista del financiamiento, esto se vuelve absolutamente imprescindible, entre otras cosas, por la gradualidad que tendrá el Sistema. Va a haber gente que se incorpore a un Fondo Nacional de Salud y otra que seguirá siendo atendida por el Sistema Nacional de Salud con un pago de cuota mutual -de bolsillo-, ya que no todos se incorporan en un mismo acto al sistema de financiamiento del Fondo Nacional de Recursos. La gente que esté en el Fondo Nacional de Recursos va a quedar cubierta según el cálculo de la incorporación a la cuota salud de lo que tiene que cubrir dicho Fondo. Hay una parte de la población que se va a ir incorporando en etapas sucesivas al Fondo Nacional de Salud, que seguirá pagando su cuota mutual promedio y el adicional de la cuota Fondo. Quiere decir que la supervivencia del Fondo Nacional de Recursos tiene una explicación conceptual, en tanto podría haber un Fondo Nacional de Salud que tuviera una bandeja -actualmente,

a esto se le pone varios nombres- específica para tratar la medicina altamente especializada y los riesgos catastróficos.

Siempre será interesante contar con una auditoría y un control particular sobre cómo se accede a la medicina y medicación de alto costo. Indudablemente, es preciso que exista un nivel de especialización en el seguimiento de esos procedimientos que escape a la evaluación de costo-efectividad, costo-utilidad, etcétera, que siempre deben tener las prestaciones sanitarias.

Debe quedar claro que defendemos los objetivos sanitarios de esta reforma, el cambio de modelo de atención pero, en aras de la justicia social, también somos partidarios del control económico -lo digo con todas las letras- de las prestaciones que se den en materia de salud.

SEÑOR ALFIE.- Entonces, si entendí bien, esta cuota salud de $ 780 promedio es solamente para los menores de 18 años -que son los únicos que se incorporan en esta etapa-, e incluye la cuotaparte del Fondo Nacional de Recursos y la atención de la emergencia y urgencia.

SEÑOR MINISTRO DE ECONOMIA Y FINANZAS.- Sí, señor Senador.

SEÑOR ALFIE.- La otra pregunta está relacionada con la primera interrogante que planteé, respecto de la cual el señor Ministro de Economía y Finanzas aclaró que ese aspecto no estará incluido en la Rendición de Cuentas. Creo que para gastar este dinero se necesita un crédito presupuestal y en este proyecto de ley no encuentro que se lo cree.

(Dialogados)

Por ese motivo, cuando se habló de la Rendición de Cuentas pensé que allí se crearía una partida específica porque, además, en general, las partidas se cuantifican y no se establecen financiamientos globales. Por ejemplo, en este caso podría decirse “$ 1.300:000.000”, “$ 2.500:000.000”, o lo que fuera.

En definitiva, esas son las dos preguntas que quería formular, más allá de algunos comentarios que tendré oportunidad de realizar a medida que vayamos avanzando en la consideración del proyecto de ley.

Por otra parte, quisiera pedir al Poder Ejecutivo, si fuera posible, que remita las bases de los cálculos dado que aún tengo alguna duda, más allá de que la explicación ha sido clara. Recuerdo que la señora Ministra de Salud Pública aludió a los hijos de los trabajadores de los Ministerios de Defensa Nacional y del Interior -eso quedó registrado en la versión taquigráfica- y en la transparencia también se restaba a los hijos de los funcionarios del Ministerio de Salud Pública. Sin dudas, allí surge una diferencia que, quizás, sea producto de un mero olvido del momento, lo que es bastante factible.

Nada más. Muchas gracias.

SEÑOR MINISTRO DE ECONOMIA Y FINANZAS.- Normalmente, cuando se genera un crédito presupuestal tenemos el concepto que lo fundamenta, que está en el articulado de la propuesta, y los números, que figuran en las planillas. En este caso, los fundamentos que corresponderían a un articulado de Rendición de Cuentas van a ser incluidos en este proyecto de ley. Lógicamente, en las planillas de números los señores Senadores podrán comprobar todas las consecuencias que tiene esto sobre el gasto público.

Por supuesto, estamos a las órdenes para remitir las bases de cálculo correspondientes para que los señores Legisladores puedan examinar con mayor detalle cómo hemos llegado a esos cálculos.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PUBLICA.- Quiero aclarar que cuando hablábamos de poblaciones que se excluyen en esta etapa, nos estábamos refiriendo a militares y policías en actividad y sus familias que hayan optado por esa afiliación, y no a los hijos que deseen optar por otra cobertura. Seguramente, el señor Senador Alfie entendió mal. Por otra parte, la familia puede tener la posibilidad de optar para ese chico o, por ejemplo, la madre puede tener otro trabajo que le permita que ese hijo

menor de 18 años opte por afiliarse a DISSE -siempre y cuando la madre esté afiliada- y, entonces, va a integrar el porcentaje de menores de 18 años. Según el estimado del cuadro, pensamos que elija la misma cobertura que sus padres, en este caso de uno de ellos, porque el otro es beneficiario del Ministerio de Defensa Nacional o del Interior.

SEÑOR COURIEL.- Básicamente, tengo dudas que me gustaría despejar. Si bien a nivel de la Bancada se está trabajando en este tema desde hace un año, fundamentalmente en la Comisión de Salud Pública y, además, he recibido y leído mucho material, de todas maneras, leo la ley y me surgen dudas; no hago afirmaciones de ninguna naturaleza.

Por otro lado, los médicos nos enseñaron a los economistas la palabra diagnóstico. Siento que si tenemos el diagnóstico, sabemos cuál es el problema, la causa y la interpretación y, por lo tanto, tomamos las medidas correspondientes. Esto no quiere decir que lo solicite en este momento, pero sería bueno contar con estos elementos. En general, se cree que un dolor de estómago es un diagnóstico y, en realidad, no lo es; sí lo es la gastritis o un tumor. Entonces, siento que para poder entender la ley me están faltando elementos de diagnóstico que, reitero, no los estoy solicitando en este momento, pero me gustaría recibirlos para comprenderla mejor.

A mi entender, esta reforma de la salud es muy importante, y ojalá que resulte muy bien. Por ello, quiero saber quién la conduce o dirige ¿Quizás sea el Ministerio de Salud Pública? Al leer el proyecto, podemos observar que hay políticas que corresponden a dicha Cartera, pero vemos también un poder enorme en la Junta Nacional de Salud. Ésta planifica, orienta, dirige, controla y evalúa y, además, dos de sus siete integrantes pertenecen al Ministerio de Salud Pública.

Por ello me surge la pregunta de quién la va a llevar adelante, a conducir y a dirigir. Por un lado, el artículo 5º señala que el Ministerio de Salud Pública autoriza a los prestadores, pero por otro el artículo 13 otorga un enorme poder a la Junta sobre los prestadores. En los hechos esto me confunde, aunque probablemente esté claro y yo no lo haya entendido. Reitero que estoy confundido entre las muchas cosas que pueda hacer el Ministerio de Salud Pública y otras que, básicamente, hace la Junta Nacional.

Voy a citar un ejemplo que, por supuesto, no es real, pero me vino la imagen del Ministerio de Educación y Cultura y el CODICEN, donde el que manda es este último y no el Ministerio. Me gustaría ver si tengo la posibilidad de entender mejor este fenómeno.

En otros artículos se establece que la Junta hace todos los convenios de gestión, pero, a su vez, en la parte técnica controla el Ministerio de Salud Pública. Entonces, se me genera la confusión entre lo que va a hacer la Junta y lo que va a hacer el Ministerio, y me gustaría tener claro cuánto poder va a tener el Ministerio en esto.

En cuanto al financiamiento, me gustaría tener un cuadro -por supuesto que no tiene por qué ser ahora- en el que se detallen los gastos, los ingresos y los incrementos. El señor Ministro de Economía y Finanzas nos ha informado que entre los años 2006 y 2008 el incremento va a ser de U$S 180:000.000, pero quisiera verlo en un cuadro, porque aquí hay un aumento del financiamiento en este 3% adicional a los trabajadores. Entonces, me parece que sería útil que se nos detallara el gasto en salud, el gasto privado, el gasto público, los incrementos y cómo se van a financiar. Creo que de esta forma puede empezar a entenderse la estimación de las cuotas salud que se les va a pagar a las IAMC, que aparece con carácter muy general.

Me inquieta también el hecho de que los únicos que van a pagar son los trabajadores formales, públicos y privados. Aclaro que simplemente estoy preguntando, para tratar de entender. Quienes reciben rentas de capital no participan en el Sistema. Entones, la pregunta es qué sucede con una familia -lo planteo para que se comprenda la inquietud- cuyos ingresos se basan en intereses de deuda pública, que no van a pagar Impuesto a la Renta. ¿Van a afiliarse individualmente? ¿Tienen derecho a ir a la cuota? ¿No participan en el Sistema? Estoy preguntando para entender.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE ECONOMIA Y FINANZAS.- Se pagarán la mutualista.

SEÑOR COURIEL.- Es decir que todos los que reciben rentas de capital no están incluidos en el Sistema.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE ECONOMIA Y FINANZAS.- Pagan las empresas.

SEÑOR COURIEL.- Sí, pero por los trabajadores, no por las rentas de capital.

En la discusión de la reforma tributaria se nos planteó en algún momento la posibilidad de mantener el Impuesto a la Renta de las Empresas y al Patrimonio, con el cual podríamos llegar a tener una cantidad para esta reforma de la salud. Me gustaría saber cómo se sustituyó esa cifra, a los efectos de ver el financiamiento de esta reforma de salud. En parte se está sustituyendo con el 3% a los trabajadores.

Por otra parte, comienza a preocupar cómo se hace un régimen de transición en el que esté la posibilidad de dar la opción, cuando tenemos un régimen público con diferencias salariales brutales con respecto a las mutualistas. Entonces, ¿qué están pensando en términos graduales de esa transición? Me preocupa -lo hablábamos con el señor Senador Vaillant recién, a quien le planteé la pregunta- la transición de los regímenes especiales que tienen los seguros de enfermedad de las empresas públicas, como los de ANCAP, UTE o el Banco Hipotecario. Sinceramente, no sé cómo quedan.

Se pone mucho énfasis en la atención primaria, pero ésta requiere gastos de formación de recursos y de infraestructura. Entonces, quisiera tratar de entender cómo están contemplados en las primeras etapas o si los gastos son los que están previstos hoy y no se pueden incrementar. Reitero que estoy planteando inquietudes, preguntas, y no otra cosa.

Desde el punto de vista de la equidad, es necesario resaltar que se crean tasas moderadoras, surge la posibilidad de tener habitación privada y, por el artículo 41, aparecen unas prestaciones no incluidas en el programa.

Entonces, uno se empieza a preguntar, por ejemplo, en qué casos hay que pagar tasas moderadoras. Además, el problema no es menor; seguramente el Fondo Nacional de Recursos puede contribuir mucho, pero resulta que los sistemas de salud tienen unos avances tecnológicos impresionantes y muchos de ellos no llegan al Uruguay. Personalmente, por razones familiares, en estos días estuve averiguando sobre la posibilidad de hacer un cateterismo virtual, pero en el Uruguay no se hace. Tal vez sería bueno poder hacerlo, y seguramente hay otras técnicas que tampoco llegan. Por lo tanto, quisiera saber cómo están pensando contemplar este tipo de fenómenos.

Por último, quisiera referirme a un tema que considero de los más difíciles: el de la participación. En este momento tenemos, por un lado, una reforma del Estado en la que se habla de la participación ciudadana y, por otro, esta reforma de la salud, en la que hay una especie de participación de usuarios. Entonces, ¿cómo se contempla en un caso y en otro una situación de esta naturaleza, con todas las dificultades que sé que existen en esto? ¿Cómo se elige el representante de los usuarios? ¿Quién lo elige y a quién representa? ¿Cómo le informa al resto de los usuarios? A su vez, este representante estará en la Junta Nacional de Salud y en el diseño y elaboración de políticas, pero sólo como consultivo -no puede ser de otra manera-, y a veces parecería que tendrá más posibilidades de realizar una queja individual que de decidir. De pronto estoy completamente equivocado, pero es lo que siento al empezar a leer sobre el tema.

Son interrogantes que se pueden contestar ahora o en otro momento, pero me surgen a partir de la lectura del proyecto de ley.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PUBLICA.- Señor Presidente: quiero decir que algunas de las dudas planteadas por el señor Senador Couriel podrán ser explicitadas en este momento y otras serán contestadas a través del envío de información más detallada.

En primer lugar, el diagnóstico país que hemos realizado en esta situación muestra que las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva están desfinanciadas y muchas de ellas debieron cerrar sus puertas porque existe una superposición de servicios, una duplicación de cobertura y una dificultad en brindar las mismas prestaciones que se explicitan para los usuarios. Si bien el Ministerio de Salud Pública es el organismo rector de las políticas de salud -y la ley explicita que debe seguir siéndolo-, no se había cumplido con una fiscalización o rectoría que obligara a las instituciones a medirse entre sí y a colectivizar las evaluaciones que de ellas se hicieran. El diagnóstico muestra, entonces, una multiplicidad de instituciones y una heterogeneidad de servicios, así como una falta de cobertura formal

a un amplio sector de la población del país. Reitero que nos preocupa sustancialmente la falta de cobertura formal de los sectores de menores ingresos que se han incorporado gracias al desarrollo del Plan Nacional de Emergencia Social, y de los sectores de ingresos medios, cuya cobertura formal no se realiza, fundamentalmente en los menores de 18 años, porque las familias consideran que dentro del gasto salud esos colectivos poblaciones tienen menos eventos de enfermedad. Por lo tanto, no tienen una cobertura formal, que muchas veces es sumamente necesaria para evitar la presencia o el desarrollo de enfermedades crónicas, o también para tratar en tiempo y en forma alteraciones del crecimiento y desarrollo de los niños. Entonces, en el diagnóstico, no solamente consideramos la vulnerabilidad de las instituciones y la doble cobertura, sino también la falta de cobertura formal de sectores importantes de la población.

Por otro lado, entendemos que la conducción y la rectoría de las políticas de salud corresponden al Ministerio de Salud Pública y, en ese aspecto, pensamos que la Junta es el organismo regulador de la interacción entre las instituciones que prestan servicios de salud, para lograr la cobertura universal y formal de todos los habitantes del país. El esquema sería más el del Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente y la Agencia de la Vivienda, que el de la educación, actualmente. En realidad, la autorización y las habilitaciones de los prestadores institucionales y de los prestadores individuales que brindan servicios de salud -o sea, de los profesionales y trabajadores del sector de la salud-, siguen correspondiendo explícitamente al Ministerio de Salud Pública, más allá de la existencia concomitante de un organismo que regule los acuerdos para brindar servicios, que es lo que administra precisamente la Junta Nacional de Salud.

A esos efectos, el Ministerio de Salud Pública tenía muy pocas herramientas, ya que contaba con un cuerpo inspectivo de cinco personas. Actualmente, la División Servicios de Salud, que regula, fiscaliza y habilita, ya cuenta con un servicio de 100 inspectores y, en ese sentido, en la próxima Rendición de Cuentas vamos a solicitar que ese cuerpo inspectivo tenga dedicación total, en la medida en que es incompatible la pertenencia institucional con una correcta fiscalización de los servicios. Ese cuerpo inspectivo ha sido llamado por concursos internos y externos, tiene personal profesional integrado por médicos y por licenciados en enfermería y químicos -que han hecho un aporte importante-, y ha trabajado en la habilitación de servicios que brindan atención a la salud y cuidado de personas.

Un caso muy interesante ha sido el relativo a la habilitación de las casas de salud, donde participaron los prestadores de servicios en los que se atiende a las personas de tercera edad o a los discapacitados. En ese sentido, se ha hecho un llamado a los propietarios, se ha dado un período de adaptación para que esos lugares cumplan con las exigencias de habilitación y, en ese caso, se ha trabajado con la División Servicios de Salud de la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública.

De la misma manera, se está trabajando con las sedes secundarias de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, donde también estamos asistiendo a una interrelación de las instituciones, es decir, instituciones que se unifican en lugares del interior, en sus sedes secundarias, para contar con los servicios que el Ministerio de Salud Pública exige para la habilitación de ese tipo de sedes. Sobre este punto, hacemos hincapié en que el organismo normatizador y rector de las políticas de salud es el propio Ministerio. La Junta regula estos aspectos en un proyecto de ley que, por supuesto, como todo proyecto que envía el Poder Ejecutivo, va a estar sujeto a las correcciones que en materia legislativa hacen los Legisladores en cuanto a la explicitación y a la redacción de los artículos, para que posteriormente se entienda de la mejor manera y posea la mejor técnica jurídica. Pero, en realidad, lo que la Junta pide es la habilitación que el Ministerio de Salud Pública otorga a los prestadores; esa habilitación es el requisito fundamental para que dichos prestadores puedan interactuar brindando servicios.

En cuanto al resto de los habitantes del país, que son quienes tienen exclusivamente renta de capital y no tributan como trabajadores formales, pensamos que se incorporarán en otra etapa al Fondo Nacional de Salud. Actualmente, ese sector de la población está cubierto a través del pago de bolsillo a Instituciones de Asistencia Médica Colectiva o a seguros de cobertura integral. Quiere decir que la integralidad y la cobertura de esos sectores de la población hoy está garantizada.

Con respecto a lo que planteaba el señor Senador Couriel sobre la estimación de la cuota salud, quizás los representantes del Ministerio de Economía y Finanzas quieran hacer alguna consideración.

SEÑOR CID.- En estos días se ha planteado públicamente un hecho, que no por haber tomado estado público resulta novedoso, ya que en algunas instancias lo habíamos analizado. Concretamente, me refiero a que podría haber instituciones que, en virtud de una diferencia de edad de la población que atienden, pudieran tener un perjuicio económico de acuerdo con las cápitas que recibirán por esos grupos etarios. En realidad, como no entiendo esa situación, me gustaría saber si el Ministerio de Salud Pública ha trabajado sobre este tema y, en ese caso, pediría que me lo explicaran, para poder analizar correctamente el otro aspecto que fue planteado por la Federación Médica del Interior, en el sentido de que estaban interponiendo una reivindicación a partir de una bolsa de dinero que pudiese financiar a las instituciones que iban a tener un perfil económico peor que el del resto.

SEÑOR OLESKER.- Para contestar la pregunta del señor Senador Cid, creo que lo más importante es tener en cuenta que las cápitas que se han calculado tienen un componente asistencial. Esto significa que no hemos llegado a las cápitas simplemente tomando una bolsa y dividiendo de manera diferente lo que hoy gasta el sistema de salud, sino que esos valores de cápitas han sido rigurosamente estudiados -no creo que valga la pena detallar eso ahora, aunque tenemos el material de información correspondiente que podemos facilitar a la Comisión- a partir de un valor que es el reflejo del nivel de atención del conjunto de la población por edad y por sexo. Esa información surge de las propias instituciones de asistencia médica colectiva y a eso se debe lo que decía el señor Subsecretario de Economía y Finanzas, en el sentido de que puede haber márgenes de eficiencia para corregir esas cápitas, ya que en realidad son el resultado de la situación vigente. Hemos hecho un gran esfuerzo por lograr el costo promedio de aquellas instituciones que, de acuerdo con los indicadores que el propio Ministerio posee y con trabajos que se han presentado, tienen mayor eficiencia y mejor nivel de información; porque no todas las 41 Instituciones de Asistencia Médica Colectiva tienen el mismo rango de eficiencia y, mucho menos, el mismo nivel de calidad en el procesamiento de la información. El trabajo lo hemos llevado adelante con 11 instituciones y hemos llegado a esas cápitas.

Esas cápitas, ajustadas por edad y sexo -que es la referencia que hace el señor Senador Cid a lo expresado por la Federación Médica del Interior-, tienen una primera etapa de aplicación -que depende de cuándo la Cámara de Representantes proceda a la aprobación de la Ley del FONASA, pero que podría estar vigente entre los meses de mayo y junio- en la que se pagan por edad y sexo, teniendo en cuenta al conjunto de la población. Si nosotros multiplicamos el conjunto de la población de la seguridad social por el valor de esas cápitas, nos da menos que el actual gasto del Banco de Previsión Social. Eso significa que las instituciones estaban recibiendo, en promedio, un 6% de rentabilidad sobre sus costos en dicho organismo. Por eso la opción -que la señora Ministra mencionó- de la utilización de ese 6% de rentabilidad contra metas prestacionales, que no integran las cápitas ajustadas por edad y sexo, sino que son un plus. Justamente, el señor Senador Alfie preguntaba -lamento que no esté presente en este momento- si estaba incluido en los costos o era un plus. Se trata de un plus sobre los costos que, efectiva y científicamente, se calculó.

Esta norma -cuya aprobación depende del Poder Legislativo- prevé que al 1º de enero de 2008 ingresen, con el correspondiente pago ajustado por edad y sexo, unos 530.000 niños, como veíamos en la pantalla. De ellos, el 31% ya está en el sistema mutual y no representan ingresos adicionales, pero el 69% restante no lo está y, con la hipótesis que hemos manejado en el sentido de que un 90% de ese 69% emigre hacia el sector mutual, eso significa un volumen de ingresos o un crecimiento muy importante.

Por tanto, en la primera fase, aprobado el FONASA, hay una redistribución de recursos que implica que algunas instituciones -como ya lo hemos dicho en nuestra anterior comparecencia a la Cámara de Senadores y a la Cámara de Representantes-, tengan una reducción de sus ingresos, pero sólo en cuatro casos significan reducciones que superan sus actuales superávit operativos. Al respecto, ya tenemos instalada una mesa de negociación con esas cuatro instituciones -con dos de ellas ya comenzamos a reunirnos y con las otras dos lo haremos después de la Semana de Turismo-, para encontrar, sin alterar las cápitas -porque ello alteraría la rigurosidad de los cálculos-, soluciones para esta transición que, en definitiva, serán siete, ocho o nueve meses, según los tiempos que haya entre la aprobación de las dos leyes.

SEÑOR VAILLANT.- Quisiera comprender algo sobre lo que tengo alguna duda.

Si partimos de la base de que hoy el cien por ciento de la población tiene algún modo de cobertura, ya sea a través de DISSE, del sistema mutual o de Salud Pública, lo que se plantea con el nuevo sistema es la alternativa de los ciudadanos de este país a incorporarse a él con una posibilidad de opción en cuanto a la participación en el sistema público, o en el privado o mutual. De acuerdo con

lo que han informado -y surge de los cuadros que nos han mostrado-, habrá un traslado natural de gente al servicio mutual y que, por tanto, abandonará la cobertura que hasta ahora tenían a través de ASSE.

(Dialogados)

SEÑOR PRESIDENTE.- Le solicitaría al señor Subsecretario que volviera a dar la explicación que acaba de formular para que conste en la versión taquigráfica.

SEÑOR VAILLANT.- De todas maneras, no hace a la pregunta que quiero realizar.

Los presupuestos actuales de ASSE divididos por la cantidad de usuarios dan una cifra que -para usar términos similares- podríamos llamar "la actual cápita" implícita. Esa cantidad va a aumentar, porque se mantienen los ingresos de ASSE y disminuye el número de usuarios. Podríamos decir que en ASSE van a quedar una cantidad de usuarios -no incorporados al Sistema porque no tienen la posibilidad de opción- cuyo costo de asistencia se va acercando al de la cápita del Sistema.

Si es así, la distancia económica para la incorporación definitiva, el paso final -o sea la incorporación al Sistema de los que todavía no quedarían incluidos- no es muy grande. No digo que no haya una distancia económica, pero reitero que no es importante en tanto el símil cápita de ASSE se va a ir acercando a la cápita que estará prevista en el Fondo. Ya no serían 200 contra 900, sino 600 contra 700 u 800. Me interesaba señalar esto porque nos da una perspectiva, una prevención de posibilidades para la incorporación futura en una última etapa en la que la totalidad de la población quedará cubierta por el mismo Sistema.

Es posible que haya otros impedimentos que no sean de tipo económico, como la adaptación de la propia ASSE para hacer una opción real en el marco de este Sistema.

SEÑOR MINISTRO DE ECONOMIA Y FINANZAS.- Realmente es así, pero sin perjuicio de que, sin duda, nuestros compañeros del Ministerio de Salud Pública también pueden aportar lo suyo, creo que esto está vinculado a dos de los principales objetivos por los que estamos llevando adelante este Sistema. El primero de ellos es incrementar la cobertura efectiva del sistema de salud del país, que al día de hoy no alcanza al 100% de la población por las razones que señalaba el señor Subsecretario de Salud Pública. Además, se pretende mejorar las condiciones de equidad de acceso al Sistema, que están indicadas en buena medida por la evolución del gasto per cápita de ASSE, que tiene que ver con el razonamiento que hacíamos recién.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE ECONOMIA Y FINANZAS.- ¿El señor Senador Vaillant se refiere a colectivos que van más allá de los niños?

SEÑOR VAILLANT.- En el ejemplo planteado se hizo referencia a los niños.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE ECONOMIA Y FINANZAS.- El diferencial de cápitas se ha achicado sensiblemente para el caso de los niños. Si consideramos otros colectivos, hablamos de cápitas mucho mayores y, por lo tanto, en el tema de los costos estaríamos en otro planeta, ya que la diferencia puede ser de $ 600 a $ 2.000.

SEÑOR LORENZO.- Desde el punto de vista cualitativo, la línea de acción que se está planteando tiene los efectos manifestados por el señor Senador Vaillant, o sea, acorta la distancia. Sin embargo, no hay que tomar como referencia la cápita de los niños, que es la que estamos explicitando hoy con lo que puede implicar la incorporación de otros colectivos en los que los riesgos a cubrir y, por lo tanto, los gastos de las cápitas que deben tenerse en cuenta, son muy superiores a los actuales.

Los promedios engañan porque se achican, pero los colectivos que quedan por cubrir son muy particulares. Entonces, se puede matizar cualitativamente, pero desde el punto de vista cuantitativo es otra historia.

SEÑOR VAILLANT.- Me parecía importante resaltar esto porque el mensaje que se está mandando -que es positivo- es que no existe intención de reducir el Presupuesto de ASSE en la medida en que se

disminuya la población que ASSE atiende.

SEÑOR MINISTRO DE ECONOMIA Y FINANZAS.- El objetivo es mejorar y potenciar.

SEÑOR VAILLANT.- Existe el objetivo de mejorar las prestaciones en la medida en que se mantenga el Presupuesto y disminuya la cantidad de usuarios. Eso permite aumentar la cápita símil, independientemente de que la población sea de niños o de adultos, porque este proyecto también integra a los adultos. Si las cápitas para niños y adultos son distintas, las distancias también lo serán. Esto es importante, porque cuando aprobemos este proyecto de ley y tengamos en funcionamiento este sistema, aún va a haber un sector de la sociedad importante que después tendremos que incluir. Este razonamiento nos reafirma que vamos en el camino de esa incorporación y por eso me pareció importante señalarlo.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE ECONOMIA Y FINANZAS.- No solamente estamos potenciando el sistema preexistente de ASSE, sino que previsiblemente va a incrementarse el presupuesto de este organismo por el diferencial de cápitas de los niños que opten por él. Es decir que no solamente no va a haber una reducción, mayor o menor, del presupuesto, sino que seguramente se producirá un aumento de la potenciación descrita por el señor Senador Vaillant.

SEÑOR MINISTRO DE ECONOMIA Y FINANZAS.- De todas maneras, el gran indicador es el gasto per cápita y, en tal sentido, es cierto lo que dijo el señor Subsecretario de Economía y Finanzas.

Quiero hacer una reflexión brevísima y adicional que tiene mucho que ver con el futuro. Estas complicaciones -por llamarlas así- de otros colectivos a incorporar en el futuro -como lo señalaron tanto el Subsecretario de Economía y Finanzas como el economista Fernando Lorenzo, y que comparto totalmente- hacen que haya que seguir operando en el desarrollo y en la aplicación de este sistema con mucha prudencia y gradualidad. Esto es lo que hemos acordado con el Ministerio de Salud Pública: ir analizando las dificultades complejas y crecientes que pueden tener otros colectivos antes de dar los pasos que nos conduzcan a su implementación. Por estas razones es que acá estamos incorporando ahora a los niños y en un futuro -que tendremos que analizar detenidamente- incorporaremos otros colectivos.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PUBLICA.- Queremos decir que este grupo poblacional, desde el punto de vista asistencial y de cobertura, no tiene actualmente cobertura formal, porque hay hogares cuyos ingresos están en una media de $ 18.000 y cuyos hijos no tienen el derecho formal a la cobertura por ASSE. Entonces, si realizamos un diagnóstico de cobertura del país, el sector que no tiene cobertura formal es, mayoritariamente, el que va de cero a dieciocho años. Generalmente, son niños que tienen padres trabajadores, con un ingreso medio mayor a los $ 7.500, lo que les da derecho a la cobertura gratuita de los servicios de salud del Estado.

Es el sector que menos se enferma pero, si así sucediera, tiene derecho a ir a atenderse en los servicios de salud del Estado y sus padres después pagan. En el caso de que no se enferme no tiene dónde controlarse, su salud bucal no está atendida, no participa de programas de prevención de salud y sólo se vacuna porque lo exige el sistema de educación formal. Repito, no tiene acceso a una atención médica pediátrica que dé lugar a una vigilancia de crecimiento y desarrollo para que sea un niño sano y un ciudadano con potencial social.

Con respecto al diagnóstico que reclamaba el señor Senador Couriel relativo a la cobertura de la población, nosotros tenemos estimado, con una baja de las familias que ingresaron al PANES, previo a eso, unas 300.000 personas. Son mayoritariamente personas de cero a dieciocho años, pertenecientes a hogares de padres trabajadores. Aclaro que no se trata de hogares donde los padres no tengan trabajo, sino de hogares con personas trabajadoras cuyos ingresos son de aproximadamente $ 18.000. Si ese niño se enferma, es llevado para ser atendido a alguna parte o tiene un servicio parcial brindado por una emergencia para la atención ambulatoria, pero no tiene una cobertura formal ni está integrado a un programa que controle su crecimiento y desarrollo; es decir que no está integrado formalmente a la cobertura universal que queremos para el Uruguay.

Era cuanto deseaba aclarar.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si no hay más inquietudes que plantear, agradecemos la presencia del señor Ministro de Economía y Finanzas, de la señora Ministra de Salud Pública y de sus asesores.

La Comisión se volverá a reunir el jueves siguiente a Semana de Turismo.

Se levanta la sesión.

(Así se hace. Es la hora 12 y 31 minutos.)